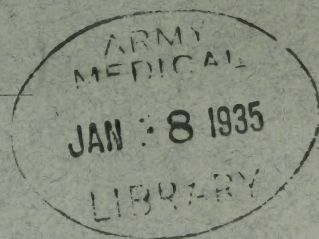
FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

THESE

DO

Dr. Henrique Mangeon

RIO DE JANEIRO
Typ. de G. Leuzinger & Filhos, rua d'Ouvidor 31
1887

THESE

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE ANATOMIA CIRURGICA, MEDICINA OPERATORIA E APPARELHOS

Ponto 8. — Estudo critico da amputação de Pirogoff

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras da Faculdade

THESE

APRESENTADA

Á FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Em 31 de Agosto de 1887

E PERANTE ELLA SUSTENTADA

Em 24 de Dezembro do mesmo anno

(SENDO APPROVADA PLENAMENTE)

PELO

Dr. Henrique Mangeon

Ex-interno de 1.ª classe do Hospital da Misericordia da Côrte, membro honorario do gremio dos internos dos Hospitaes da Côrte

NATURAL DO RIO DE JANEIRO

Filho legitimo de

Henrique Mangeon e de D. Leonie Mangeon

RIO DE JANEIRO

Typ. de G. Leuzinger & Filhos, rua d'Ouvidor 31

1887

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

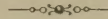
DIRECTOR

Conselheiro Barão de Saboia.

VICE-DIRECTOR

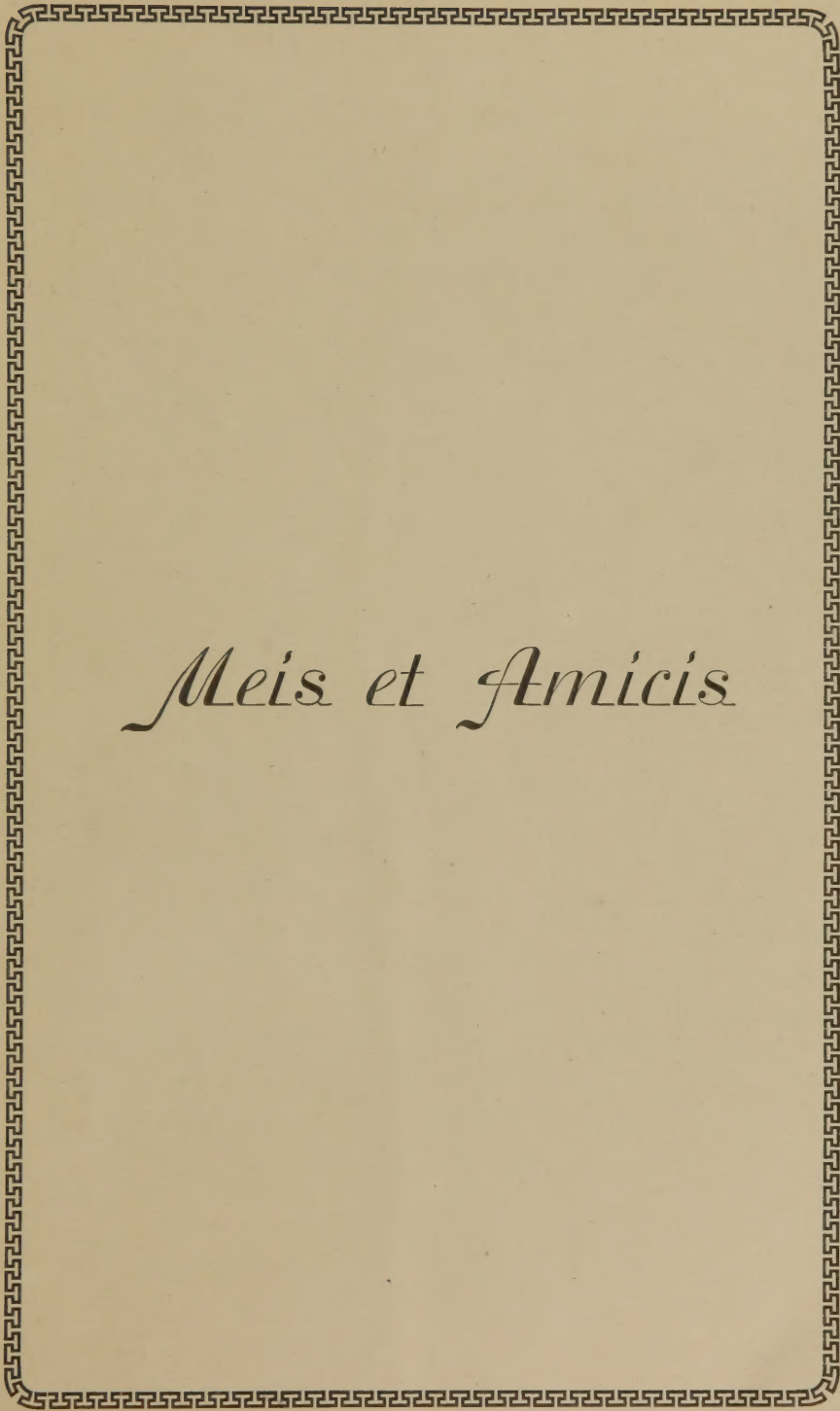
Conselheiro Barão de S. Salvador de Campos.

SECRETARIO

Dr. Carlos Ferreira de Souza Fernandes.

LENTES CATHEDRATICOS

Drs.:

João Martins Teixeira	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos	Chimica mineral medica e mineralogia.
João Joaquim Pizarro	Botanica e zoologia medica.
José Pereira Guimarães *(Presidente)*	Anatomia descriptiva.
Antonio Caetano de Almeida *(Examinador)*	Histologia theorica e pratica.
Domingos José Freire	Chimica organica e biologica.
João Baptista Kossuth Vinelli	Physiologia theorica e experimental.
José Benicio de Abreu	Pathologia geral.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
João Damasceno Peçanha da Silva	Pathologia medica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco	Pathologia cirurgica.
Conselheiro Barão de S. Salvador de Campos	Materia medica e therapeutica, especialmente brazileira.
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetricia.
Visconde de Motta Maia	Anatomia cirurgica medicina operatoria e apparelhos.
Conselheiro Nuno de Andrade	Hygiene e historia da medicina.
José Maria Teixeira	Pharmacologia e arte de formular
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal e toxicologia.
Conselheiro Barão de Torres Homem Domingos de Almeida Martins Costa	Clinica medica de adultos.
Conselheiro Barão de Saboia João da Costa Lima e Castro	Clinica cirurgica de adultos.
Hilario Soares de Gouvêa *(Examinador)*	Clinica ophtalmologica.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynecologica.
Candido Barata Ribeiro	Clinica medica e cirurgica de crianças.
João Pizarro Gabizo *(Examinador)*	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica.

LENTE SUBSTITUTO SERVINDO DE ADJUNTO

Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro *(Examinador)*	Anatomia descriptiva.

ADJUNTOS

....	Physica medica.
....	Chimica mineral medica e mineralogia.
Francisco Ribeiro de Mendonça	Botanica e zoologia medicas.
Genuino Marques Mancebo	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho	Physiologia theorica e experimental.
Luiz Ribeiro de Souza Fontes	Anatomia e physiologia pathologicas.
....	Anatomia cirurgica, medicina operatoria e apparelhos.
....	Materia medica e therapeutica, especialmente brazileira.
....	Pharmacologia e arte de formular
Henrique Ladislau de Souza Lopes	Medicina legal e toxicologia.
Benjamin Antonio da Rocha Faria	Hygiene e historia da medicina.
Francisco de Castro Eduardo Augusto de Menezes Bernardo Alves Pereira Carlos Rodrigues de Vasconcellos	Clinica medica de adultos.
Ernesto de Freitas Crissiuma Francisco de Paula Valladares Pedro Severiano de Magalhães Domingos de Góes e Vasconcellos	Clinica cirurgica de adultos.
....	Clinica obstetrica e gynecologica.
....	Clinica medica e cirurgica de crianças
Luiz da Costa Chaves de Faria	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas
Joaquim Xavier Pereira da Cunha	Clinica ophthalmologica
Domingos Jacy Monteiro Junior	Clinica psychiatrica.

N. B. — A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas

Meis et Amicis

Ao seu bom tio e amigo
o Ill.mo Sr. Luiz Antonio
Alves de Carvalho, como prova
do apreço que tem pelo seu
talento e illustração offerece

Henrique

DISSERTAÇÃO

Estudo critico sobre a amputação de Pirogoff

HISTORICO

Só depois que as idéas de cirurgia conservadora começárão a dominar na sciencia, as amputações parciaes do pé tomárão um caracter verdadeiramente scientifico. Até então os processos empregados erão muito grosseiros e até barbaros, preferindo-se geralmente a amputação da perna no logar de eleição ao emprego d'esses processos. Só no começo do seculo passado foi que os estudos de anatomia topographica vierão esclarecer esta parte da medicina operatoria, até então muito obscura, e que começárão a ser methodisadas as operações praticadas n'essa região; foi porém depois de Deseault e sua escola que appareceu uma serie de methodos e processos, que tomárão logar definitivo na sciencia.

Em 1720 Grangeot em Pariz, ao mesmo tempo que Sharp na Inglaterra, e Heister na Allemanha, foi de opinião que era preferivel amputar o pé, sendo possivel, a fazer a amputação da perna no logar de eleição; Sédillier praticou a amputação parcial do pé na articulação tibio tarsiana em uma criança em consequencia de gangrena; outros cirurgiões praticarão-na, porém com máos resultados; de modo que pode-se dizer que na segunda metade do seculo passado foram quasi abandonadas.

Em 1839 Baudens praticou-a, introduzindo como innovação a resecção dos malléolos; porém como tirou da região dorsal do pé a pelle que devia revestir o côto, o seu processo teve máo resultado.

Em 1842 Syme por conselho de Malgaigne praticou a amputação tibio-tarsiana, tirando o retalho da pelle do calcanhar; essa operação teve feliz resultado. Em virtude porém da difficuldade de separar-se a pelle que reveste o calcanhar, e tambem da fraca vitalidade d'essa pelle, Sédillot considerou-a como muito difficil de praticar-se, e Fergusson aconselhou que a pelle fosse dividida no ponto correspondente á face posterior do calcanhar para facilitar o escoamento do pús; essa modificação foi aceita por Syme, e por elle praticada assim como por outros cirurgiões.

De 1842 a 1854 a operação de Syme segundo a modificação de Roux teve predominancia na sciencia; em 1854 porém Pirogoff cirurgião russo publicou uma memoria intitulada: « *Alongamento osteoplastico da extremidade inferior na desarticulação do pé* », sendo a primeira menção d'esse processo feita no congresso dos naturalistas allemães reunidos em Tubingen por Schultze assistente de Pirogoff.

Depois de conhecida, esta operação foi praticada por diversos cirurgiões de diversas nações, seguindo alguns o processo de Pirogoff tal qual elle o descreveu, ao passo que outros modificárão-no de varios modos; na Russia, Allemanha e Inglaterra foi praticada maior numero de vezes, ao passo que em França até 1874, segundo Léon Lefort só se conhecião tres casos.

No Brazil tem sido praticada pelos Ill.mos Sñrs. Drs. Pedro Affonso Franco, Barão de Saboia, Oscar Bulhões, Lima Castro, Barata Ribeiro, professores da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, pelo Sr. Conselheiro Catta Preta e pelo Sr. Dr. João Pedro de Miranda, cirurgião effectivo do Hospital Geral da Santa Casa de Misericordia do Rio de Janeiro.

Recentemente o Dr. Moscoso praticou tambem esta operação.

Capitulo I

Descripção dos processos operatorios

Processo de Pirogoff: « Começo a minha incisão immediatamente adiante do malléolo externo, conduzindo-a verticalmente abaixo da planta do pé, e fazendo-a subir verticalmente até o malléolo interno, onde ella termina algumas linhas adiante d'essa saliencia; d'este modo todas as partes molles são cortadas até o calcaneo. Uma segunda incisão semilunar convexa para diante, que passa a algumas linhas adiante da articulação tibio-tarsiana, une as extremidades da primeira incisão, todas as partes molles são seccionadas até os ossos tal qual na primeira incisão. A articulação é aberta adiante, e desarticula-se a cabeça do astragalo, cortando-se os ligamentos lateraes.

«Uma serra de amputação de lamina estreita é applicada atraz da cabeça do astragalo e perpendicularmente ao calcaneo, que é serrado na direcção da primeira incisão. Disseca-se um pouco o retalho anterior, destacando-o dos malléolos, sendo por fim estas duas extremidades separadas por um traço de serra. »

Algum tempo depois Pirogoff assignalou as principaes modificações de seu processo, determinando que fosse serrada uma lamina delgada do tibia e que se fizesse a secção do calcaneo de baixo para cima antes de desarticular o astragalo e ao mesmo tempo que se tomasse o maximo cuidado em não ferir o tendão de Achilles. Aconselhou tambem, aproveitando a idéa de Guenter, que se serrasse obliquamente o calcaneo quando isso fosse possivel, sem deixar no retalho uma parte de osso affectada.

MODIFICAÇÕES DO PROCESSO OPERATORIO

Segundo o Dr. Crissiuma estes processos podem ser divididos em tres grupos, segundo a direcção que toma a serra na secção

do calcaneo, a saber: 1.° Processos por secção vertical; 2.° Processos por secção obliqua; 3.° Processos por secção horizontal.

PROCESSOS POR SECÇÃO VERTICAL

Comprehende este grupo o processo primitivo de Pirogoff e as modificações apresentadas por Legouest Pelikan, etc.

A modificação de Legouest consiste no seguinte: A primeira incisão é feita transversalmente de um malléolo a outro. A segunda começando quatro centimetros acima das extremidades da primeira, e na parte média das saliencias malleolares, dirige-se obliquamente para a planta do pé ao nivel da articulação médio tarsiana até completar-se do lado opposto; tem-se assim dous retalhos dos quaes o anterior, que n'este caso é quadrilatero, e dissecado completamente ao passo que o calcaneano que é ovalar, é dissecado n'uma extensão de tres centimetros mais ou menos.

Corta-se depois os ligamentos, feito o que serra-se a extremidade inferior dos ossos da perna logo acima da articulação, só resta então serrar o calcaneo no sentido vertical.

A modificação de Pélikan consiste em destacar uma lamina horizontal do tibia immediatamente acima da superficie articular, e serrar depois verticalmente o calcaneo fazendo levantar o pé; termina-se a operação com o escalpélo, e o pé é separado sem abrir-se a articulação tibio tarsiana. Segundo Tauber procedendo-se assim não se póde saber perfeitamente o gráo de alteração do calcaneo e por isso reprova este modo de proceder.

Burns citado na cirurgia de guerra de Esmarch aconselhou como modificação do processo de Pirogoff que se désse á secção do calcaneo uma fórma concava e uma fórma convexa á do tibia.

Um cirurgião inglez não serrou os malléolos, e introduziu entre elles a porção seccionada do calcaneo; este processo foi severamente criticado pelo professor Verneuil.

PROCESSOS POR SECÇÃO OBLIQUA

N'este grupo temos como mais importante o processo de Sédillot, que aconselha que se córte as partes molles por meio

de uma incisão, que partindo do bordo interno adiante, e a um centimetro acima do malléolo interno, dirija-se obliquamente para a região plantar, que alcança ao nivel do scaphoide; d'ahi dirige-se para o bordo externo onde termina um pouco adiante da articulação calcaneo cuboideana; d'ahi ella continúa para cima e para traz para terminar um pouco adiante, e acima do malléolo externo.

Uma incisão transversal, feita um dedo abaixo das extremidades da incisão plantar, secciona as partes molles do dorso do pé, e depois abre-se a articulação abaixando-se então fortemente o pé e puxando-o para diante. Com uma serra de cadeia collocada atraz da articulação astragalo calcaneana posterior, que é indicada pela saliencia do astragalo, serra-se obliquamente todas as superficies articulares do calcaneo, guiando-se pela inclinação do retalho na direcção que se dá á serra. Depois d'isto secciona-se as extremidades do tibia e do peroneo, de diante para traz n'um sentido parallelo á superficie de secção do calcaneo.

Segundo Delorme, um inconveniente d'este processo consiste em que o doente apoia o pezo do corpo sobre a porção saliente do calcaneo, que corresponde á união da face plantar e posterior, saliencia esta situada atraz do eixo dos ossos da perna.

Busch citado por Max Schede dividiu do seguinte modo as vantagens d'este processo: 1.º uma superficie mais extensa do calcaneo é posta em contacto com o tibia; 2.º o calcaneo não descreve a forte rotação a que o obrigava o processo primitivo de secção vertical; 3.º o tendão de Achilles não fica muito tenso; 4.º a parte do calcanhar que normalmente toca o sólo constitue a superficie de apoio da operação.

Schede (professor em Halle) diz que, quanto ao córte do retalho, deve-se proceder como fazia primitivamente Pirogoff. O unico ponto em que differem os preceitos de Pirogoff dos de Sédillot n'este particular, consiste no ponto em que se deve começar a primeira incisão, que segundo Pirogoff deve partir do bordo externo do pé e do bordo interno segundo Sédillot.

PROCESSOS POR SECÇÃO HORIZONTAL

N'este grupo temos os processos de Pasquier e do professor Léon Lefort.

Processo de Pasquier: — Faz-se uma incisão vertical de tres centimetros atraz do malléolo externo, e adiante do tendão de Achilles. Do meio d'esta incisão, que deve estar situada ao nivel da articulação calcaneo astragaliana, parte uma outra, que dirigindo-se para o bordo externo do pé, passa pela planta e termina no seu ponto de partida, descrevendo uma curva de convexidade superior. Depois de dissecar a pelle da região dorsal das partes lateraes, e planta do pé, ataca-se a articulação pelo seu lado externo, seccionando-se as partes anteriores e posteriores da capsula, os tendões e o ligamento lateral interno. Secciona-se obliquamente a extremidade inferior do tibia de diante para traz e de baixo para cima, e serra-se então o calcaneo horizontalmente e de dentro para fóra. N'este processo o retalho plantar cobre a superficie articular anterior do calcaneo.

Póde-se serrar o calcaneo de fóra para dentro, protegendo com uma tala a arteria tibial posterior e o nervo tibial posterior.

Por este processo a superficie plantar do côto é horizontal e extensa e o operado apoia-se sobre a face inferior do calcaneo.

Processo de Lefort: — O professor Lefort tratando da operação de Pirogoff exprime-se nos seguintes termos: « Procurar prevenir ou diminuir o encurtamento do membro, como tivérão em vista a maior parte dos cirurgiões que tratárão d'esta operação não é o que ha de mais importante n'esta questão; o que importa é que a base natural de sustentação do corpo não seja mudada; com effeito a estructura da pelle só permite que o corpo repouse sobre as partes a isso destinadas (saliencia do primeiro metatarsiano, bordo externo do pé, calcanhar, joelho, região ischiatica) é preciso pois que em toda a amputação do pé só o calcanhar forme o ponto de apoio. Ora na amputação de Pirogoff é a face posterior do calcaneo que fórma o ponto de apoio; só isto basta para tirar quasi todo o seu valor a esta operação. A mesma objecção posto que muito attenuada subsiste para o processo de Sédillot.

Comtudo Pirogoff nos mostrára que se póde soldar o calcaneo ao tibia, isto inspirou-me a idéa de uma operação isenta dos inconvenientes dos outros processos de amputação tibio tarsiana. Sem me preoccupar com a questão insignificante do encurtamento queria: 1.°, dar como base de sustentação o calcanhar normal com a sua pelle intacta, e com as apophyses do calcaneo, que são o verdadeiro ponto de apoio; 2.°, evitar todo e qualquer repuchamento sobre o tendão de Achilles, e toda a tendencia ao deslocamento ulterior do retalho; 3.°, respeitar o tendão de Achilles e conseguintemente os musculos gastro-enemios, porque, comquanto o calcanhar se solde ao tibia, estava persuadido que os doentes andarião melhor, se não houvesse perturbação na acção, tornada inutil, mas que conserva-se instinctiva dos gemeos e do solear; 4.°, evitar durante a operação o ferimento da tibial posterior. Para conseguir estes resultados pareceu-me que o melhor meio era deixar o calcanhar absolutamente intacto, serrando horizontalmente o calcaneo abaixo de suas superficies articulares com o astragalo, e tirar toda a superficie articular do tibia ao nivel dos malléolos.

Eis como pratico a operação: A incisão das partes molles é feita segundo os dados da operação de J. Roux; começo a incisão a dous centimetros abaixo do malléolo externo, levo-a directamente para diante até o nivel do terço anterior do calcaneo; chegando a este ponto, a faca descreve sobre o dorso do pé uma curva de convexidade anterior, correspondendo a articulação astragalo scaphoideana; quando a faca chega ao bordo interno do pé dirige-se para traz, e termina a tres centimetros adiante do malléolo interno. Levantando então o pé, corto um retalho plantar igualmente convexo, que passa transversalmente sob a planta do pé, um pouco adiante do ponto por onde passa a incisão de J. Roux, e encontra a incisão externa abaixo do malléolo externo. Isto feito disséco e faço levantar o retalho dorsal, para pôr a descoberto a articulação tibio tarsiana, e procedo com grande cuidado ao isolamento da parte interna, afim de não ferir a arteria tibial posterior no momento em que passa atraz do malléolo interno.

Corto os ligamentos que ligão o pé ao peroneo; depois, segurando o pé com a mão esquerda quando opero sobre o pé direito, ou fazendo-o segurar por um ajudante quando opero sobre o pé esquerdo, introduzo a ponta da faca entre o calcaneo e o astragalo, como na amputação sub astragaliana, e corto o ligamento icterosseo, o pé é affastado e luxado para dentro. Sem me preoccupar com o astragalo, separo o pé como o faria no processo de Chopart, o que permitte evitar com mais segurança o ferimento da arteria tibial posterior, permittindo uma dissecção mais facil do retalho plantar. Para separar o astragalo, seguro-o com uma forte pinça, e corto successivamente tudo que o prende ainda ao pé ou á perna. Só resta serrar de traz para diante o calcaneo, do qual tiro toda a superficie articular superior.

Póde-se praticar esta operação mais facil e rapidamente, fazendo a mesma incisão nas partes molles, mas abrindo immediatamente a articulação tibio tarsiana; basta então isolar a face superior da tuberosidade posterior do calcaneo, e collocar a serra horizontalmente sobre esse osso. Não se torna necessario abrir a articulação astragalo calcaneana, porque a superficie articular superior do calcaneo é tirada com todo o resto do pé, e tem-se a vantagem para a secção d'este osso de segural-o solidamente, pois que faz corpo com todo o pé. Comtudo o operador expõe-se mais a fazer sobre o calcaneo uma secção obliqua semelhante á de Sédillot. »

Diversas objecções têm sido feitas a esse processo; assim Tauber diz que o tendão de Achilles, será interessado pela serra collocada diante d'elle.

Tres são as principaes objecções que se póde fazer a este processo: 1.º Sendo a carie uma das affecções que mais reclamão esta operação, raras vezes poderá ser praticada, porquanto n'este processo sendo sómente serrada a superficie articular do calcaneo, só quando o calcaneo estiver intacto poderá ser praticada. 2.º N'este processo o encurtamento é mais consideravel. 3.º E' difficilimo obter-se uma secção horizontal do calcaneo.

Achamos conveniente mencionar aqui um caso de operação de

Pirogoff, (processo de Lefort) praticada em Lisbôa n'um homem de 76 annos de idade pelo Dr. Bordallo Pinheiro, e reclamada por um tumor maligno que interessava a região dorsal dos dedos do pé esquerdo, metatarso e parte do tarso. As partes molles da região plantar estavão invadidas até o ponto mais alto da abobada do calcaneo. O Dr. Bordallo Pinheiro communicou o resultado d'essa operação na sessão de 30 de Abril de 1887 da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisbôa, em cuja acta vem descripta nos seguintes termos: « No dia 16 de Novembro praticou a operação de Pirogoff com a modificação de Lefort, usando a incisão em raqueta com a extremidade na face externa do pé no ponto correspondente ao bordo do tendão de Achilles. A operação, que julga ser a primeira praticada em Lisbôa, correu bem. Laqueou-se apenas uma arteria plantar, que se achava um pouco atheromatosa. O bordo superior da incisão tinha aspecto lardaceo. Fizerão-se as suturas superficial e profunda. Tres dias depois os bordos da ferida operatoria estavão gangrenados; tirarão-se então alguns alfinetes da sutura enroscada. Passados dous dias, em consequencia do máo estado das partes molles, foi necessario retirar os pontos da sutura profunda. Na região plantar tinha-se desenvolvido um phleimão que terminou por suppuração e mortificação em varios pontos. Foi necessario dar sahida ao pús e partes molles do tecido cellular por meio de incisões multiplas. O retalho superior ficou completamente livre abandonando o retalho inferior. Para os tornar a unir, permittindo-lhes a cicatrização por segunda intenção, empregou o Dr. Bordallo Pinheiro tiras de caoutchouc, que teve de abandonar, por incommodar muito o doente, e por dar logar á formação de phlyctenas, no terço inferior da perna onde se fixavão as ataduras. Empregou depois uma tala allemã de arame dobrada em angulo e almofadada com algodão revestido de mackintosh, que era fixada por uma atadura, que subia até acima do joelho. Prescreveu lavagens com agua phenicada, e polvilhação com substancias antisepticas. No fim de doze dias as superficies dos retalhos estavão granulando bem. Pôde então substituir a tala por tiras de adhesivo. Passados dous mezes e meio a cicatrização

das partes molles era completa; as superficies osseas porém não se tinhão reunido perfeitamente, pois que havia alguma mobilidade; applicou então um apparelho inamovivel silicatado, que conservou durante dez dias; retirado o apparelho, verificou estar completa a consolidação. Nada mais houve de notavel, a não ser um eczema que durou muito pouco tempo. »

Capitulo II

Resultados immediatos da operação

N'este capitulo faremos breves considerações sobre o retalho calcaneano e a vitalidade de seus tecidos, e estudaremos a cicatrisação da ferida resultante da operação.

Retalho. — O retalho é constituido na base por pelle muito espessa, revestida de tecido gorduroso abundante de uma côr avermelhada; na parte posterior e aos lados ella é mais fina, principalmente na região malleolar e na porção situada entre os malléolos e o tendão de Achilles.

Examinando a ferida que resulta da operação achamos uma solução de continuidade de fórma quadrilatera, contendo internamente e em baixo a superficie de secção do calcaneo vertical obliqua ou horizontal; em cima a superficie resultante da resecção da extremidade do tibia e peroneo. Posteriormente acha-se o tendão de Achilles, uma porção de tecido gorduroso; internamente a arteria e nervo tibial posterior, que segundo alguns cirurgiões deve ser resecado para evitar a nevralgia do côto. No angulo posterior da ferida encontra-se os prolongamentos da synovial. Além do que já foi descripto, encontra-se ainda as extremidades dos tendões seccionados, e suas bainhas tendinosas, que se acham abertas, podendo ser séde de inflammação, as vezes muito grave, porquanto o pús accumulado em seu interior, encontrando parede pouco distensivel, infiltra-se pelos intersticios musculares, indo constituir abcessos ou phleimões, que vêm retardar o resultado definitivo da operação, em virtude da necessidade que tem o cirurgião de dar sahida ao pús contido no interior d'esses abcessos.

Vitalidade dos tecidos. — Como em toda a operação um dos principaes factores para o bom resultado é a vitalidade dos tecidos, sendo a operação do Pirogoff uma operação osteoplastica, é claro que mais do que em qualquer outra a integridade vital dos tecidos que constituem o retalho é de summa importancia. Sendo os ossos no periodo de crescimento dotados de grande vitalidade, principalmente na occasião da união da epiphyse com a diaphyse, na amputação de Pirogoff ao mesmo tempo que as superficies osseas constituidas por tecido esponjoso, dotado de grande vascularisação tem todos os requisitos para uma facil adhesão, por outro lado em virtude da grande quantidade de vasos, uma osteite póde desenvolver-se com facilidade.

Quando se pratica essa operação em um individuo de idade muito adiantada não se póde contar com um resultado muito favoravel, porquanto o tecido osseo do velho é um tecido rarefeito, de sorte que aos 90 annos segundo Sappey o tecido compacto torna-se esponjoso com grande quantidade de cellulas gordurosas. Ranvier descreveu uma osteoporose senil, constituida pela rarefacção do tecido osseo por augmento dos espaços medullares, modificando-se a medulla, que toma os caracteres da medulla fætal; e outra osteoporose, constituida pela rarefacção do tecido osseo, e producção de cellulas de tecido adiposo nos espaços medullares e canaes de Havers, os tractos osseos do tecido esponjoso tornando-se primeiro muito delgados e acabando mesmo por desapparecer. O osso fica reduzido a uma casca pergaminhada, tendo numerosos buracos vasculares. A osteoporose adiposa encontra-se nos casos de immobilisação das juntas, nas affecções chronicas das articulações. O caso de operação de Pirogoff, praticada em Lisboa em um velho de 70 annos e que teve bom resultado constitue uma excepção.

O Dr. Crissiuma em sua these de concurso relativamente a este assumpto, diz o seguinte: « Uma outra influencia, que não deve ser perdida de vista, é a alteração que soffre um osso quando existe uma lesão organica na vizinhança. Nos ossos do tarso sobretudo é que esta influencia nociva se faz sentir; muitas vezes, quando um dos ossos do tarso se acha alterado, não só os outros

se achão mais ou menos alterados, como tambem a extremidade inferior dos ossos da perna. De sorte que aqui se apresenta uma questão pratica do mais alto interesse : Devemos ou não amputar pelo methodo osteoplastico? Se amputamos, corremos o risco de deixar um osso já affectado, que poderá ser o ponto de partida da reincidencia da molestia; se não amputamos, o doente ficará privado de uma operação vantajosa quanto aos seus resultados futuros. Esta questão tem sido diversamente julgada pelos autores. Apezar de algumas observações em que se fundamenta Weber para demonstrar que os ossos hyperemiados ou tendo mesmo chegado á degenerescencia gordurosa tenhão dado excellentes resultados, me parece porém que esta questão ficou melhor esclarecida depois que Lowe applicou ao processo osteoplastico o tão preconisado processo de esvaziamento osseo de Sedillot.

Os diversos estados diathesicos, os traumatismos violentos, os ferimentos por arma de fogo, são outras tantas condições que modificão os resultados immediatos da amputação de Pirogoff.

Cicatrisação. — Diversas são as causas que podem concorrer para o retardamento da cicatrisação da ferida resultante de uma amputação de Pirogoff :

1.º A retenção do pús póde trazer como resultado accidentes serios; tendo-se porém o cuidado de collocar o membro em posição conveniente, de collocar tubos de drainage, de fazer os curativos precisos com toda a minuciosidade, esta causa póde ser facilmente removida, o Dr. Crissiuma considera os processos de Lefort e Pasquier como melhores no que diz respeito á remoção d'esta causa de insuccesso e reprova as idéas do professor Esmarch, que aconselhou que se perfurasse a pelle no ponto em que se pratica a tenotomia do tendão de Achilles, para ahi collocar um tubo de *drainage*.

Da facilidade com que a inflammação ataca as bainhas tendinosas quando seccionadas, resulta uma outra causa de retardamento da cicatrisação, em virtude dos accidentes que estas inflammações podem occasionar.

Uma das causas que mais concorrem para retardar a cicatri-

sação é o affastamento dos bordos da solução de continuidade resultante da operação; isto em geral depende do esquecimento do preceito de conservar o retalho em uma immobilidade absoluta para combater a tendencia que têm os bordos da ferida a affastarem-se em virtude da tracção exercida sobre o calcaneo pelos musculos gemeos e solear, reunidos em um tendão unico.

Esta immobilidade póde ser obtida por diversos modos. Pirogoff aconselhou o emprego de tiras agglutinativas, ou então de uma simples sutura. Outros cirurgiões empregárão um apparelho gessado, outros o silicato de potassio, etc. Em um doente operado a 9 de Dezembro de 1886 pelo professor Pedro Affonso Franco e cuja observação publicaremos no fim do nosso trabalho, fez-se uma sutura com fio de prata, applicou-se uma larga tira de sparadrapo, e além d'isto por cima do curativo phenicado foi applicado um apparelho gessado. Os professores Tauber, Beranger-Ferand e Pasquier aconselhárão que antes de fazer-se a sutura das partes molles se fizesse a sutura ossea, e o professor Tauber aconselhou que se substituisse a sutura com fio metalico pela sutura feita com catgut.

Quanto ao tempo necessario para a cicatrização da ferida, da natureza das causas que mais commummente tornão necessaria a amputação de Pirogoff, que são de um lado o traumatismo, e do outro as affecções chronicas dos ossos, tiraremos a conclusão que é muito variavel; sendo em geral muito mais rapida quando a operação é reclamada por um traumatismo, do que quando reclamada por uma affecção dos ossos, que em geral é consequencia de um estado diathesico, que, contribuindo para depauperar o organismo, diminue a vitalidade dos tecidos, condição essencial para a boa cicatrização, que n'este caso torna-se muito mais lenta. No que diz respeito ás operações praticadas pelos cirurgiões brazileiros, verificamos nm resultado identico; isto é, nos casos em que a operação foi reclamada pelo traumatismo a cura foi muito mais rapida.

Consultando a estatistica estrangeira, vemos que no quadro de Chauvel o resultado foi o seguinte:

Duração da cura.	Nnmero de operados.
Um mez	43
De 1 a 2 mezes	4
2 mezes	6
De 2 a 3 mezes	2
3 mezes	2
2 annos	1

Segundo Kestner o tempo necessario para a cura de um amputado de Pirogoff é de dous mezes, sendo excepcionaes os casos de cura mais rapida.

Assim como em todas as operações, na de Pirogoff uma das questões mais importantes é a do curativo que se deve empregar depois da operação.

Hoje que o methodo antiseptico rigorosamente praticado tem removido em grande parte as complicações e accidentes das feridas, o resultado das operações praticadas modernamente é muito mais lisongeiro do que o das operações praticadas em outros tempos.

Quanto aos accidentes que vêm complicar o resultado da operação, os principaes são: a infecção purulenta, a estagnação de pús, a gangrena do retalho, a phlebite, a inflammação das bainhas tendinosas, etc.

Capitulo III

Resultados definitivos

N'este capitulo trataremos das funcções do membro, do seu encurtamento, do exame da fórma que o côto apresenta depois de cicatrizada a ferida, da reincidencia, etc.

Funcções do membro.—Do exame das estatisticas estrangeiras resulta que com raras excepções os doentes amputados pelo methodo de Pirogoff andão sem grande difficuldade. O Dr. Max Schede, em uma memoria publicada na collecção de Wolkmann apresenta uma estatistica de 186 observações com 164 casos de cura; d'estes 164, 13 andavão mal, 3 tiverão mortificação de calcanhar, em 7 praticou-se a amputação secundaria, 2 não se curárão e 1 não podia andar. Das operações praticadas pelos cirurgiões brazileiros, 9 tiverão resultado satisfactorio, principalmente o doente operado pelo Sr. professor Pedro Affonso Franco, em Dezembro de 1886, que era um individuo cujo estado geral era o peior possivel e que retirou-se do Hospital perfeitamente curado. Segundo refere o Dr. Crissiuma, Pirogoff em uma carta dirigida a Hancock, disse ter observado em Heidelberg uma mulher amputada de ambos os pés pelo seu processo, e que andava sem bengala.

Algumas vezes o máo resultado provém do facto de ter o doente começado a andar cedo de mais; isto é, antes da perfeita consolidação dos ossos, collocados em condições identicas ás de uma fractura.

Segundo alguns, sob o ponto de vista da deambulação os processos de Pasquier e Lefort levão vantagem sobre os outros, porquanto n'esse caso o ponto em que a pressão se exerce sobre

o côto é a face plantar do calcanhar, isto é, a parte que normalmente supporta o peso do corpo; entretanto, nos amputados no Brazil o processo empregado foi de secção vertical ou obliqua com resultado satisfactorio.

Os casos de amputação secundaria são raros; quando praticada é geralmente reclamada por accidentes que tenhão sobrevindo, taes como a reincidencia, trajectos fistulosos, etc.

Encurtamento. — De todos os outros methodos de amputação tibiotarsiana, o de Pirogoff é aquelle em que incontestavelmente se nota menor encurtamento do membro; apezar do professor Tauber ter citado um caso em que houve um encurtamento maximo de 8 centimetros, geralmente é de 2 a 3 centimentros.

Fórma do côto. — A fórma do côto de um doente operado pelo methodo de Pirogoff póde ser comparada a uma pata de elephante ou ao pilão de uma perna de páo.

A cicatriz fica collocada na parte anterior do côto ao abrigo das pressões sobre o sólo.

Exame do côto. — Apezar de alguns autores terem negado que as duas superficies osseas se soldassem, das autopsias praticadas por Ulrich, Esmarch, Linhart, Schneider, Wolkmann, etc., se colligiu que a consolidação faz-se perfeitamente. Kort referiu um caso em que o exame foi feito um mez depois de operado o doente. Encontrou uma camada de lympha plastica gelatiniforme, interposta ás superficies osseas, que se achavão fortemente injectadas, offerecendo uma grande resistencia ás tracções.

No caso de Schneider os ossos achavão-se perfeitamente unidos; a apophyse do calcaneo quasi normal, via-se a cicatriz ossea muito fina tanto atraz como adiante em direcção obliqua para baixo e para diante, os ossos da perna excedião o calcaneo para diante e para os lados, atraz era a apophyse do calcaneo que fazia saliencia.

Reincidencia. — O facto de se ter observado casos de reincidencia da molestia em doentes amputados pelo methodo de Pirogoff não deve causar admiração, se considerarmos que esta operação em geral é motivada por lesões organicas dos ossos do pé, e prin-

cipalmente do tarso, observadas em individuos nos quaes em geral ha um estado diathesico, que complica a situação, diminuindo a vitalidade dos tecidos, e tornando assim facil a reincidencia. Além d'isto, antigamente os cirurgiões ás vezes deixavão no retalho uma porção de osso alterada, e praticavão a operação em casos em que a contra indicação era formal.

Hoje, que o methodo de esvaziamento osseo, applicado por Lowe á essa operação, tem dado brilhantes resultados, sendo além d'isso intuitivo que nunca se deve deixar no retalho uma porção de osso alterado, os casos de reincidencia são observados com muito menos frequencia.

Ás vezes depois de uma amputação de Pirogoff os doentes apresentão fistulas no côto; estas fistulas podem depender ou da continuação da lesão ossea, ou de alteração das partes molles; sendo que as primeiras são mais graves que as segundas e podem reclamar uma amputação secundaria; quanto á ausencia de consolidação, contão-se tres casos na sciencia; sendo dous observados por Pirogoff e um por Holloway; é provavel que n'esses doentes o conchegamento das superficies osseas não tivesse sido feito com cuidado; d'onde a mobilidade dos ossos.

Apparelhos protheticos. — Os doentes amputados podem andar perfeitamente com diversos apparelhos de prothese; entre esses a bota pilão de J. Roux offerece sérias vantagens. Para os que desejarem dissimular a perda do pé existem apparelhos identicos aos de Nyrops Bly e Mark que são pés artificiaes articulados.

Capitulo IV

Indicações e contraindicações

Diversas são as causas que podem motivar a amputação de Pirogoff; de um modo geral podemos dividil-as em duas grandes classes a saber: traumaticas e pathologicas.

Na primeira classe encontramos como mais frequentes os esmagamentos, feridas por arma de fogo, queimaduras interessando profundamente os tecidos. Na segunda classe encontramos em primeiro logar a carie dos ossos do tarso, e outras affecções organicas dos ossos do pé; a existencia de tumores assestados na região anterior ou mesmo posterior do pé, as gangrenas, ulceras rebeldes, etc.

Estas duas ordens de causas podem combinar-se no mesmo individuo, isto é, um estado diathesico vir complicar uma lesão traumatica, imprimindo-lhe uma feição tão grave que reclame a amputação; muitas vezes porém póde-se confiar á natureza o restabelecimento do doente; ha individuos que entrão para o hospital, apresentando traumatismos consideraveis no pé, e parecendo reclamar a amputação; entretanto mediante um tratamento conveniente estes doentes sahem perfeitamente curados: quando interno no serviço do Sr. professor Pedro Affonso Franco tivemos occasião de observar diversos casos com esse resultado satisfactorio. Em outros individuos uma solução de continuidade, que á primeira vista parecia dever cicatrisar com facilidade, vem a apresentar uma marcha tal, complicações tão importantes, que a amputação torna-se necessaria; nos individuos de raça negra não raro acontece que o tetano manifesta-se após uma lesão traumatica assestada no pé, resistindo ás medicações mais energicas, e terminando fatalmente. Por conseguinte, n'estes casos uma questão importante é a de

decidir-se si se deve amputar ou não. Se por um lado numerosos são os casos em que o doente falleceu victima de complicações por não se ter amputado, por outro lado são tambem numerosos os casos em que o doente se restabeleceu sem amputação; comtudo, encarando a questão sob um ponto de vista todo humanitario, nos parece preferivel que não nos apressemos em amputar, e que tentemos tudo quanto fôr possivel para a conservação do membro.

Ha casos porém em que o traumatismo é tão consideravel, produziu taes estragos nos ossos do pé, que a amputação torna-se necessaria, porquanto manifesta-se uma arthrite traumatica, que póde propagar-se ás articulações vizinhas e produzir accidentes gravissimos.

A gangrena do pé póde reclamar uma amputação; n'estes casos é de boa pratica só amputarmos quando o circulo limitante tiver estabelecido uma linha divisoria entre as partes sãs e as partes affectadas.

O professor Lefort obteve bom exito empregando o seu processo em um caso de pé torto congenito.

Consultando as diversas observações de amputação de Pirogoff, vemos que no maior numero de casos foi motivada por lesões organicas dos ossos do pé, principalmente do tarso; d'estas lesões a carie é a mais frequente; quando se taata de um caso d'esta ordem deve haver o maximo cuidado em não deixar na ferida nenhuma porção de osso alterado.

Nos casos de tumores malignos, se estiverem em começo a amputação do pé póde dar resultados; se porém já houver ingurgitamento ganglionar, o que indica que o tumor tende a generalisar-se, a amputação da perna é preferivel.

Para terminar diremos que achamos que a amputação de Pirogoff deve ser indicada de preferencia ás outras amputações parciaes do pé; é o que resulta do parallelo entre os resultados das amputações de Syme, Pirogoff, Chopart, sub astragaliana e supra malleolar.

Quanto á amputação de Syme, a ausencia de uma porção de osso no fundo da ferida tem como resultado um grande fundo de sacco

onde o pús se accumula, concorrendo assim para o insuccesso da operação; além d'istò n'este processo é muito facil cortar-se a arteria tibial posterior, e o encurtamento do membro é em geral de cerca de 9 centimetros, ao passo que na operação de Pirogoff o encurtamento é de 2 a 3 centimetros.

A modificação de Roux, se por um lado tem sobre o processo de Syme a vantagem de evitar com mais facilidade o ferimento da arteria tibial posterior e de serem menos frequentes os casos de gangrena do retalho (19 %), por outro lado segundo o professor Lefort no que diz respeito á facilidade do andar as estatisticas provárão maior numero de insuccessos no processo de Roux (22 %) do que no de Syme (12 %).

No processo de Pirogoff a pelle da superficie de apoio conserva suas relações normaes com o osso collocado por cima, ao passo que no processo de Syme a união entre a pelle e o osso faz-se pela cicatriz; os pacientes de Pirogoff podem caminhar sem apparelho prothetico especial fazendo uso de uma simples bota acolchoada.

Na Allemanha acreditou-se que nos casos de carie da articulação do pé ou da parte anterior do calcaneo havia perigo de reincidencia. Na Inglaterra Syme combateu com energia o methodo de Pirogoff, porém mostrarão-se favoraveis á eperação outros cirurgiões notaveis como Busk, Paget, Henry Smith, etc. Malgaigne combateu-a dizendo que havia impossibilidade da união das duas superficies osseas por causa da frequente gangrena do bordo inteiro do calcanhar, da permanencia de fistulas e da grande sensibilidade do côto no acto de caminhar.

Por muitos foi supposto que comparativamente ao processo de Syme a operação de Pirogoff augmentava muito o perigo de vida porque pelo contacto de duas superficies de secção de ossos esponjosos devião augmentar as probabilidades de osteophlebite e pyohemia.

O Dr. Max Schede reuniu 203 operações de Pirogoff com resultado conhecido. D'estes 203, 28 morrerão. Separando d'este numero 16 casos praticados na guerra com 4 mortes e outros

dous casos mortaes, nos quaes a morte proveiu de outras lesões graves (ferida punctoria do ventre, amputação da perna), restão 185 operações de Pirogoff praticadas na clinica civil com 22 casos de morte, isto é 11, 8 %, quasi 1 % abaixo da cifra indicada por Weber.

Quanto á mortalidade o Dr. Max Schede apresenta a seguinte estatistica:

OPERAÇÃO DE PIROGOFF

Numero de operados	186—	
Numero de mortos	22—	11,8 %
Numero de sobreviventes	164—	
Extirpação secundaria do calcaneo	3—	1,8 %
Amputações secundarias	8—	4,3 %
Côto inutil devido á nevralgia	1—	0,6 %
Cura incompleta (fistulas)	2 —	1,2 %
Somma dos resultados incompletos	13—	7,9 %

OPERAÇÃO DE SYME

Numero de operados	596—	
Numero de mortos	65—	10,9 %
Numero de sobreviventes	164—	
Côto inutil	8—	1,5 %
Cura incompleta	4—	0,75 %
Gangrena do retalho	26—	5 %
Amputações secundarias	19—	3,5 %
Somma dos resultados incompletos	54—	10 %

Entretanto na estatistica de Weber a mortalidade foi de 12 % para o processo de Pirogoff e 14, 4 % para o de Syme.

Hancock em uma estatistica que apresentou consignou um caso de gangrena do retalho em 58 operados pelo methodo de Pirogoff, ao passo que em 219 casos de amputação de Syme a gangrena foi observada 16 vezes.

Quanto á operação de Chopart expõe á inflammação da arti-

culação tibiotarsiana e calcaneo astragaliana, e depois de algum tempo dá uma base de sustentação defeituosa, por causa de um reviramento do côto para traz determinando a tracção da pelle e o despedaçamento da cicatriz, o que é causa de fistulas, caries, etc.

Forão M. A. Petit e posteriormente Villermé que referirão este facto que motivou que Bouvier em 1860 proscrevesse completamente a operação de Chopart; depois d'elle porém Delorme defendeu-a fundando-se em observações de Larger, que attribuiu o desvio do pé a atrophia dos musculos flexores do pé sobre a perna, que então são vencidos pela acção dos extensores, o que permitte ao calcaneo se dirigir para traz e ao astragalo se luxar para diante.

Quanto á mortalidade eis o resultado da estatistica do Dr. Schede.

OPERAÇÃO DE CHOPART

Numero de operações	156—
Numero de mortos	21—13,2 %
Numero de sobreviventes	135—
Cura incompleta (fistulas)	4— 2,9 %
Amputações secundarias	9— 6,6 %
Somma dos successos imperfeitos	13— 9,5 %

Comparando estas estatisticas dos tres processos mais empregados temos o seguinte resultado:

Mortalidade

Segundo Schede:

Syme	10,9 %
Pirogoff	11,8 %
Chopart	13,2 %

Insuccessos funccionaes

Syme	10 %
Pirogoff	7,9 %
Chopart	9,5 %

Segundo Weber:

Mortalidade

Syme..........................	14,4 %
Pirogoff......................	12,7 %
Chopart.......................	14,4 %

Tratemos agora da operação substragaliana.

Segundo Gross os resultados da operação subastragaliana comparados com os da operação de Pirogoff quasi se rivalisão.

Segundo Malgaigne os resultados d'esta operação são favoraveis, diz tel-a praticado seis vezes sem ter perdido um só doente; Chauvel porém reuniu 32 casos de operação subastragaliana, sendo 24 motivados por affecções organicas do pé, 4 por congelação e 4 por ferida por arma de fogo; d'estes 32 seis succumbirão, o que dá uma mortalidade de 18 %.

O proprio Lefort, tratando d'esta questão, indica como resultado 34,3 %.

Do que fica dito, quando tivermos de escolher entre a operação de Pirogoff e a subastragaliana, preferimos a primeira.

Quanto á operação supra malleolar, baseados no facto que as operações tornão-se tanto mais graves quanto mais perto do tronco, a condemnaremos e preferiremos sempre o processo de Pirogoff. Além d'isto os doentes operados por esta fórma necessitão de apparelhos protheticos especiaes, que, custando muito caro, tornão-se impossiveis na classe pobre que pelo seu modo de vida está mais sujeita ás causas que pódem concorrer para que uma amputação do pé se torne necessaria.

Observações

Observações da clinica do Sr. professor Pedro Affonso Franco

PRIMEIRA

ESMAGAMENTO DO PÉ. — GANGRENA CONSECUTIVA. — OPERAÇÃO DE PIROGOFF. — CURA.

José Moreira, Portuguez, de 11 annos de idade, morador á rua do Mattoso n.° 4, entrou para o Hospital da Misericordia a 17 de Abril de 1875 e foi para o leito n.° 20 da enfermaria dos Anjos.

Anamnese. — Referiu o doente que indo pela rua do Alcantara, ao atravessar por diante de um bond cahiu tão infelizmente que o pé esquerdo ficou sobre o trilho e foi esmagado pela roda do carro. Foi immediatamente conduzido para o Hospital, perdendo grande quantidade de sangue.

Na occasião da entrada para o Hospital o exame do ponto lesado deu logar á verificação de uma vasta solução de continuidade do pé esquerdo, começando tres dedos adiante da articulação tibio tarsiana, e terminando nos artelhos dos quaes o terceiro, quarto e quinto se achavão presos apenas por fragmentos de tecidos molles. No fundo da solução de continuidade via-se os ossos triturados em um grande numero de fragmentos, os musculos ennegrecidos e despedaçados. Ha grande quantidade de terra adherente aos tecidos esmagados.

O estado geral é máo, pulso pequeno, suor fino, torpor.

Diagnostico. — *Fractura comminutiva e exposta dos ossos do*

tarso, metatarso e phalanges do pé esquerdo com esmagamento dos tecidos molles.

Na occasião da entrada foi feito um curativo simples, depois de ter sido lavada a ferida e terem sido extrahidas algumas das esquirolas mais moveis. O pé foi immobilisado em uma gotteira.

Dia 18. — O doente acha-se mais animado, apezar de ainda bastante abatido. A radial dá 100 pulsações por minuto, a pelle está um pouco quente, os tecidos do lado externo do pé esquerdo estão frios e deixão sahir um liquido sero-purulento, a parte inferior da perna e o lado interno do pé estão sensiveis, quentes e com um pouco de empastamento.

É dada uma poção diaphoretica com aconito, applica-se uma cataplasma na parte lesada.

Dia 19. — A febre augmenta, a inflammação circumvizinha tende a estabelecer o circulo eliminatorio. Continúa o mesmo tratamento.

Dia 20. — Estando a parte externa do pé perfeitamente limitada por um circulo eliminatorio que começa dous dedos adiante da articulação tibio tarsiana, dirige-se para dentro na direcção do primeiro espaço intermetatarsiano, d'ahi para a planta do pé onde approximando-se mais do bordo interno segue longitudinalmente até a união do terço posterior com os dous terços anteriores da planta, d'ahi dirige-se para fóra e sóbe a unir-se ao ponto d'onde fizemos partir a linha divisoria.

O terço posterior do pé, o bordo interno e a parte superior junto á articulação tibio tarsiana ficarão isentos de gangrena.

O estado geral é bom, não ha febre, mas grande abatimento.

Sendo ouvido o Dr. Pedro Affonso Franco e reconhecendo este que não havia outro recurso senão praticar a desarticulação tibio tarsiana; convidado a fazel-o e ajudado pelos Drs. Godoy, Guilherme Affonso e os estudantes Bandeira, Miguel Braga e outros, o Dr. Pedro Affonso Franco praticou a desarticulação osteoplastica de Pirogoff, depois de chloroformisado o doente e depois de ter sido feita a ischemia artificial de Esmarch, começando a enrolar a atadura acima do ponto invadido pela gangrena.

Forão feitas tres ligaduras de arterias, as quaes forão conservadas nos pontos mais proximos da união dos labios da ferida, seis pontos de sutura metallica, tiras agglutinativas no sentido postero anterior, curativo simples com fios panno crivado e cerôto, grande quantidade de algodão e um apparalho de papelão que immobilisa a perna até acima do joelho. Prescreve-se uma poção calmante.

Dia 21. — Reacção ligeira, não ha dôr no logar da operação, a lingua é boa.

Dia 22. — Idem.

Dia 23. — Cessa a reacção, o doente passa bem até o dia 25, em que apresenta cephalalgia, febre intensa, lingua saburrosa, dôr no côto, constipação de ventre desde o dia da operação. É levantado o apparelho; a ferida está unida em sua maior parte por primeira intenção. Cahem duas ligaduras, suppuração em primeira quantidade, pús louvavel; são retirados quatro pontos de sutura e é renovado o apparelho. Purgativo de sulfato de magnesia, e depois do effeito 24 grãos de sulfato de quinina.

Dia 26. — A febre continúa; e feito novo curativo, nada de notavel; tirão-se os ultimos dous pontos de sutura. Poção com aconito, agua ingleza.

Dia 27. — Erupção miliar de sarampão muito benigno, é renovado o curativo, destaca-se a ultima ligadura, continúa o tratamento.

Dia 28. — O doente melhora de dia em dia até 10 de Maio, em que se retira o apparelho; a porção do calcaneo está perfeitamente adherente ao extremo inferior do tibia.

Resta cicatrizar no angulo interno uma pequena porção da ferida da amputação.

No dia 16 de Maio o doente começa a experimentar o pé, auxiliado por uma moleta. Dias depois é apresentado na aula clinica cirurgica da Faculdade aos alumnos do 3.º e 4.º annos.

O côto supporta o peso do corpo, o doento pisa sobre elle, bate com força no chão e supporta a maior pressão que se possa exercer com os dedos directamente sobre o côto. A familia do

doente vem buscal-o no dia 11 de Junho, em que abandona o Hospital perfeitamente curado.

SEGUNDA

OSTEITE CHRONICA DO TARSO. — CICATRIZES VICIOSAS E ADHERENTES. — OPERAÇÃO DE PIROGOFF

Theotonio Gomes da Silva, portuguez, de 40 annos de idade, trabalhador, residente em Petropolis, entrou para o Hospital da Misericordia a 12 de Outubro de 1877 e foi occupar um leito em uma de minhas enfermarias.

Referiu-nos que havia 18 mezes, em Petropolis, passou-lhe sobre o pé esquerdo uma carroça carregada com 200 arrobas de café, esmagando-lhe todos os tecidos molles, os ossos do metatarso e dos artelhos e compromettendo um pouco os ossos do tarso.

Foi conduzido para sua casa, ahi medicado e tratado, soffreu grande incommodo durante os primeiros dias, teve febre intensa, dôres consideraveis em todo o membro direito e perdeu grande parte do pé, que cahiu por gangrena.

O medico que o tomou a seu cargo limitou-se a auxiliar a natureza, separando com uma tesoura e pinças as partes mortificadas, e assim pouco a pouco foi ficando limpa a superficie esmagada, até que terminando a eliminação da parte gangrenada, a ferida cobriu-se de botões carnosos e começou a cicatrizar.

O doente perdeu assim todo o metatarso e os artelhos e mesmo do tarso varias vezes se destacárão sequestros que forão retirados á medida que se apresentavão livres.

Havia sempre dôres e estas não cessarão com o progresso da cicatrização, antes augmentárão no fim d'esta, de sorte que tornarão-se tão intensas que muitas vezes impedião o somno.

Oito mezes depois do accidente a cicatrização era quasi completa; ficárão, porém, abertos dous trajectos fistulosos na parte superior do tarso, pelos quaes de vez em quando sahião pequenos fragmentos de ossos.

Ultimamente, tendo o pé augmentado de volume e tendo as

dôres se tornado intoleraveis principalmente á noite, o doente resolveu recolher-se ao Hospital da Misericordia.

Examinado este paciente logo depois de sua chegada á enfermaria, achei : cicatrizes irregulares, delgadas e dolorosissimas ao tocar, adherentes aos ossos do tarso.

Duas fistulas osseas, uma sobre o escophoide e outra sobre o cuboide ; sondando esses trajectos, reconheci que os ossos estavão amollecidos e que sangravão facilmente com qualquer exame.

Todos os ossos anteriores do tarso augmentados de volume e a pelle que os cobria, nos pontos em que não havia cicatrizes estava ligeiramente infiltrada e avermelhada.

O paciente não podia pousar o pé sobre o chão por causa das dôres intensas que então soffria.

O estado geral não é bom. O doente está pallido e abatido ; não póde dormir nem alimentar-se convenientemente, as dôres do pé não lh'o permittem.

Diagnostico : — *Osteite chronica do tarso. — Cicatrizes viciosas e adherentes.*

Á vista do exposto resolvi operar o doente fazendo-lhe a amputação do pé pelo processo osteoplastico de Pirogoff, e sendo urgente esta operação, porque o individuo soffria muito, e perdia todos os dias de suas forças, marquei o dia 16 d'esse mez para pratical-a ; até então foi-lhe receitado agua ingleza, tres calices por dia e cataplasma fortemente laudanisada ao pé doente.

No dia 16 de Outubro tendo feito administrar o chloroformio pratiquei a amputação tibio tarsiana pelo processo de Pirogoff, tendo préviamente feito a ischemia artificial.

A operação correu sem accidente algum, a sutura foi feita com fio metallico.

O curativo com panno crivado e fios embebidos em phenol.

Sobre o curativo appliquei um apparelho silicatado, afim de bem conter em relação as duas superficies osseas do tibia e do calcaneo.

Internamente receitei :

Hydrolato de tilia........................ 190,0
Hydrochlorato de morphina............ 5 centig.
Agua de louro cerejo.................... 4 grammas.
Xarope de flôres de larangeira......... 30 grammas.

Meio calice de 2 em 2 horas.

Dia 17. — O doente passou bem o dia anterior, não dormiu mal. Não teve dôres no côto e a reacção febril é muito ligeira. Pulso 90. Temperatura 38°.

Mandei continuar a poção ; o apparelho curativo não foi levantado.

Dia 18. — Continúa no mesmo estado, pouco dormiu.

Prescrevi-lhe além da poção, xarope de chloral, para tomar tres colheres de sôpa á noite.

Dia 19. — O doente queixa-se de algumas dôres no pé amputado e na perna, pouco dormiu. Pulso 100. Temperatura 38°,5.

O apparelho curativo está perfeito, não mostra mancha alguma de suppuração.

A perna nada mostra de anosmal, não ha ganglios ingurgitados, nem na côxa, nem na virilha. Ventre livre.

Prescrevi :

Infusão de tilia............................ 300 grammas.
Tintura de aconito......................... 20 gottas.
Acetato de ammonia...................... 10 grammas.
Xarope de ether........................... 30 grammas.

Tome 1 calix de hora em hora até transpirar e depois do effeito 6 decigrammas de sulfato de quinina.

Dia 20. — O doente transpirou muito, passou melhor o dia, dormiu melhor mas ainda sente dôres na perna e no pé. Pulso 90. Temperatura 38°.

Prescrevi :

Cosimento anti-febril de Lewis......... 300 grammas.

Tome 1 calix de 2 em 2 horas.

Dia 21. — O doente teve um accesso de febre precedido de

calafrios. As dôres da perna prolongarão-se á côxa, onde se sentem os ganglios um pouco ingurgitados e sensiveis.

Abri o apparelho silicatado, e tendo visto que a ferida da operação estava boa, que havia pouco pús e louvavel, fiz o curativo lavando o côto com agua e phenol, applicando fios com glycerina phenicada, e reappliquei o apparelho silicatado.

O pulso n'esse dia era de 96; a temperatura 38°,3.

Prescrevi a mesma poção do dia 19, e a mesma dóse de sulfato de quinina.

Dia 22. — O doente teve um violento accesso de febre precedido de calafrios que começárão á noitinha.

Delirou toda a noite e quiz desatar e arrancar o apparelho do pé. Pela manhã transpirou e dormiu.

Examinando-o, encontramos o pulso a 100, e temperatura 38°,5.

Os ganglios da virilha muito augmentados de volume e sensiveis.

Sobre a perna, a face interna e anterior da côxa traços rubros de lymphatite.

Tirado o apparelho do pé, correu algum pús louvavel pelos angulos da ferida. O côto não estava inflammado e as superficies osseas em perfeitas relações.

Prescrevi :

9 decigrammas de sulfato de quinina pela manhã; 3 ao meio dia e 3 á noite. 2 calices de limonada sulfurica sobre cada dóse de sulfato.

Pommada mercurial e de belladona á virilha, côxa e perna, fazendo uncções abundantes tres vezes durante o dia.

Compressas embebidas em aguardente camphorada sobre a parte inferior da perna e sobre o côto.

Foi retirado de todo o apparelho silicatado e a perna foi collocada em uma gotteira perfeitamente preparada.

Dia 23.— O doente melhorou; não teve accesso; o pulso era

de 90°; a temperatura de 38°. As dôres do pé diminuirão e os traços de lymphatite já não são tão visiveis.

Prescripção: — 3 decigrammas de sulfato de quinina pela manhã, 3 ao meio-dia e 3 á noite.

Limonada sulfurica á vontade.

Continuão as applicações topicas.

Fôrão retirados os pontos de sutura; a ferida está quasi toda unida. Só os angulos deitão algum pús.

Dia 24. — As melhoras continuão, a lymphatite tende a resolver-se. Pulso 88°, temperatura 37,°8.

Os ganglios diminuirão de volume, são pouco visiveis e os traços de lymphatite estão quasi desapparecidos.

O doente apresenta mais appetite, tendo estado até então em dieta de canja de gallinha, passa a tomar gallinha assada e arroz.

Prescripção: — 3 decigrammas de sulfato de quinina pela manhã e 3 á noite.

Limonada sulfurica e mesmo tratamento local.

Dia 25. — O doente passa bem. A lymphatite está quasi desvanecida. Suspendi a administração do sulfato de quinina e ordenei a poção de Lewis.

Curativo com glycerina phenicada ao côto.

Dia 29. — O doente tem passado bem. Cahirão as ligaduras. A suppuração é boa. A lymphatite está resolvida.

Prescripção: — Agua ingleza — dous calices por dia.

Suspenda-se a pomada mercurial e de belladona á perna e a côxa.

Dia 2 de Janeiro de 1878. — O doente tendo melhorado sempre, tem alta completamente curado e sahe do Hospital andando perfeitamente sobre o côto podendo bater fortemente com elle sobre o chão sem a mais pequena dôr ou incommodo.

A parte amputada do pé existe no Muzeu do Hospital da Misericordia.

TERCEIRA

ULCERA CHRONICA DO DORSO DO PÉ DIREITO.—ATROPHIA DOS OSSOS DO TARSO E DOS MUSCULOS DO PÉ.— AMPUTAÇÃO DE PIROGOFF.—CURA

Antonio José da Cunha, portuguez, de 32 annos de idade, solteiro e trabalhador, morador em Macahé, entrou para o Hospital Geral da Misericordia no dia 2 de Fevereiro de 1881 e foi occupar o leito n.° 9 da enfermaria de cirurgia a cargo do Dr. Pedro Affonso Franco.

Apresentava uma enorme ulcera de bordos callosos, fundo com granulações mal desenvolvidas e esbranquiçada suppuração mal elaborada e pouco abundante; ella se estendia por todo o dorso do pé direito cujos ossos se achavão um pouco diminuidos de volume.

Havia falta do 4.° e 5.° artelhos, e os tres primeiros retrahidos e atrophiados se achavão em flexão forçada, não obedecendo á acção dos musculos extensores e não podendo o doente movel-os.

O estado geral não era bom, o doente estava depauperado, anemico, entretanto porém todas as funcções se exercião normalmente. Só a locomoção era impossivel em consequencia da ulcera do pé.

Referiu o doente que havia sete annos depois de uma violenta contusão se formára aquella ulcera no logar em que ainda hoje existe mas não tão extensa.

Tratou-se, formou-se uma cicatriz no ponto, mas aos primeiros esforços que fez para andar, a cicatriz rompeu-se e tornou a formar-se a ulcera; de novo submettido a tratamento obteve depois de muito tempo nova cicatrização. Esta porém não pôde resistir como a primeira ao exercicio do andar e assim continuando, tornou-se chronica até aquella solução de continuidade, que augmentando de extensão não só impedia o uso do pé direito, como foi frequentes vezes o ponto de partida de erysipelas e inflammações que produzião no doente sérios incommodos.

Os ossos do pé forão atacados de osteite e de necrose, que

se denunciavão pela sahida de sequestros pela ulcera, e os ultimos artelhos destacárão-se por gangrena, por occasião de um d'estes accessos mais violentos de inflammação.

DIAGNOSTICO : *Ulcera chronica do dorso do pé direito.— Atrophia dos ossos do tarso e dos musculos do pé*

O doente foi submettido a um tratamento tonico e reparador até o dia 16 sendo a ulcera tratada pela applicação de coaltar e fios.

Não sendo possivel obter uma cicatrização solida da ulcera, foi resolvida a amputação do pé e no dia 16 foi esta praticada sendo executado o processo osteoplastico de Pirogoff.

O doente foi submettido ao emprego do chloroformio e foi feita a ischemia artificial.

Completa a operação, e tendo collocado sobre a ferida um pedaço de panno crivado embebido em glycerina phenicada, foi applicado um apparelho silicatado a perna e côto do doente, para immobilisar os fragmentos osseos e contel-os.

No dia 17 o doente apresentou dôres fortes na perna; fez-se uma injecção hypodermica de morphina. Os soffrimentos alliviárão um pouco.

Dia 18.— A temperatura da manhã era a de 39,°5, as dôres erão fortes. Levantou-se o apparelho e retirárão-se quasi todos os pontos de sutura metallica.

Foi reapplicado o apparelho; á tarde o thermometro marcou 38°,6.

Dia 19.— A temperatura era de 38°, e pulso normal; as dôres acalmárão-se.

O doente entrou em uso de xarope de hypophosphito de cal e agua ingleza.

Dia 20.— Temperatura 37,°5. Nada de anormal.

Dia 22.— Renova-se o apparelhe e o curativo; o doente tem uma inflammação do côto que o obriga a conservar-se no leito. Emollientes topicamente applicados.

Em Junho o doente começa o uso do côto sem inconveniente.

Em Julho elle auxilia o trabalho da enfermaria, andando sobre o côto da amputação que resiste ás mais energicas pressões.

Finalmente a 4 de Outubro, obtem alta perfeitamente curado podendo bater com o côto sobre o chão, equilibrando o pezo do corpo sobre elle, sem o mais pequeno incommodo.

O côto modelado pelo Dr. Ossian Bonnet se acha no museu anatomico da Faculdade de Medicina.

QUARTA (Inedita)

Francisco Xavier de Pinna, pardo, brazileiro, 50 annos, natural de Itaborahy e residente no mesmo logar, entrou a 24 de Novembro de 1886 para a 13.ª enfermaria de cirurgia do Hospital Geral da Misericordia (serviço clinico do Ill.mo Sr. professor Pedro Affonso Franco), indo occupar o leito n.º 28.

Interrogado, referiu o seguinte: Que ha bastante tempo tivera no pé direito um abcesso, que foi dilatado pelo Dr. João Gomes. Não sendo porém tratado convenientemente o estado do pé foi se aggravando até que viu-se obrigado a entrar para este Hospital.

Perguntado se seus pais erão doentes, respondeu que erão sadios; não accusou antecedentes syphiliticos.

Examinando o pé verificamos que se achava augmentado de volume; na sua face plantar entre o 1.º e 2.º metatarsiano notava-se uma solução de continuidade por onde sahia pús, tendo os caracteres do pús de má natureza; segundo referiu o doente, por diversas vezes sahirão pedaços de osso por essa solução de continuidade.

Na região dorsal do pé existia outra solução de continuidade ao nivel do mesmo espaço intermetatarsiano e que segundo verificamos communicava com o da região plantar. Introduzindo um estylete reconhecemos que os ossos estavão rugosos e descobertos, todos os ossos do pó augmentados de volume, denotando periostite. O pé achava-se completamente insensivel, exceptuando a

região tibio tarsiana. O pús que sahia pelas duas soluções de continuidade exhalava um cheiro muito desagradavel.

No dia 25, á hora da visita, foi examinado pelo Sr. professor Pedro Affonso Franco, que diagnosticou uma osteite e carie dos ossos do tarso, ulceras da planta e dorso do pé e declarou a amputação do pé necessaria. Como porém o estado do doente fosse pessimo adiou a operação para alguns dias depois, e para tonifical-o receitou o seguinte:

Vinho do Porto..................... 100 gr. todos os dias
Cozimento anti-febril de Lewis... 300 gr.

Tome 1 calix de duas em duas horas.

Como alimentação: carne, ovos, leite, etc.

Como curativo, receitou lavagens com agua phenicada e applicação de gaze phenicada.

N'esse dia, pela manhã, a temperatura foi de 37°,8 e á tarde 38°.

Dia 26. — Continúa o mesmo tratamento.

Temperatura, 37°,5 de manhã e 37°,8 á tarde.

Do dia 27 até o dia da operação não houve alteração no estado do doente e a temperatura oscillou entre 37°,5 e 37°,8.

No dia 9 de Dezembro, depois de se ter convenientemente chloroformisado o doente, e feito a ischemia artificial pela tira de Esmarch, o professor Pedro Affonso Franco praticou a amputação parcial do pé pelo processo de Pirogoff. A operação correu perfeitamente, sendo feita uma sutura com fio de prata, passada uma tira larga de sparadrapo que, começando no terço inferior da região anterior da perna, passou sobre o côto e veiu terminar ao nivel do terço inferior da região posterior. Foi feito um curativo phenicado por cima do qual passou-se uma atadura gessada.

Foi-lhe receitado então:

Vinho do Porto.............. 120 gr.
Leite.......................... 1 garrafa por dia.

N'esse dia á tarde a temperatura foi de 37°,8.

No dia, pela manhã, queixando-se o doente de muitas dôres,

foi retirado o apparelho gessado, feito o curativo, substituindo-se o apparelho gessado por uma tala de madeira collocada na parte posterior, desde o terço superior da perna até o pé.

N'esse dia, pela manhã, a temperatura foi de 37°,5 e 37°,8 á tarde.

Dia 11. — Continúa no mesmo estado.

Temperatura: pela manhã 37°,2, á tarde 37°,6.

Dia 12. — Idem. Temperatura: 37°,6 pela manhã e 37°,8 á tarde.

Dia 13. — Levanta-se o curativo, suppuração fétida; o doente acha-se abatido.

Temperatura: manhã 37°,5, á tarde 38°.

Dia 14. — O doente continúa no mesmo estado.

Temperatura: manhã 37°,4, á tarde 37°,6.

Dia 15. — Idem. Temperatura: manhã 37°,5, tarde 37°,8.

Dia 16. — Levanta-se o curativo; pús abundante e fétido; são retirados os pontos de sutura.

Temperatura: manhã 37°,5, tarde 37°,7.

Dia 18. — Levanta-se o curativo e se descobre que se formou uma solução de continuidade na parte posterior do côto, pelo que a tala de madeira é mudada para o lado interno da perna. Applicou-se iodoformio sobre essa solução de continuidade; o pús continúa a ser fétido e o estado geral máo.

Temperatura: manhã 37°,5, tarde 37°,8.

Dia 21. — Nada de importante. Temperatura: manhã 37°,4, tarde 37°,6.

Dia 23. — Levanta-se o curativo; pús fétido, porém em menor abundancia.

Temperatura: manhã 37°,2, tarde 37°,5.

Dia 24. — Nada de novo. Temperatura normal.

Dia 26. — Levanta-se o curativo; pús fétido, porém continuando a diminuir em quantidade.

Temperatura normal.

Dia 29. — Levanta-se o curativo; o pús se conserva fétido,

a solução de continuidade que tinha apparecido na parte posterior do côto cicatrisou completamente.

Temperatura normal.

Dia 31. — Continúa no mesmo estado.

Mez de Janeiro

O doente melhora sensivelmente; na occasião dos curativos verifica-se que a quantidade de pús cada vez diminue mais; o doente vai adquirindo forças, a temperatura conserva-se sempre normal de modo que no dia 25 a suppuração cessára completamente e a ferida resultante da operação achava-se perfeitamente cicatrisada; o doente conservou-se n'este estado até o dia 30.

No dia 31, na hora da visita, o doente queixou-se novamente de dôres no côto. O Sr. professor Pedro Affonso Franco examinando-o reconheceu a existencia de pús na parte interna do 5.º inferior da perna, e fez uma incisão por onde sahiu uma quantidade assás consideravel de pús. Receitou injecções no fóco com agua phenicada e um curativo phenicado.

Durante todo o mez de Fevereiro o pús não cessou de formar-se; porém no principio do mez de Março o estado do doente melhorou até que a 10 de Março ficou completamente curado.

O doente foi conservado em observação na enfermaria até o dia 29 de Abril, dia em que teve alta.

Resultado: Côto perfeitamente conformado, tendo a cicatriz transversal anterior e o talão, dirigido para baixo; fusão ossea completa do calcaneo e tibia, o que dá ao côto solidez perfeita.

Observação da clinica do Sr. Dr. Oscar Bulhões

Tecla Rosa da Conceição, Brazileira, natural do Rio de Janeiro, de 52 annos de idade, liberta, solteira, moradora á rua do Senhor dos Passos, de constituição fraca, entrou para a Santa Casa da Misericordia a 23 de Abril de 1885 e foi occupar o leito n.º 22 da 24.ª enfermaria de cirurgia a cargo do Dr. Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro.

Anamnese. — Referio que ha quatro annos, pouco mais ou menos, começou a sentir dôres vagas pelo corpo, accentuando-se mais tarde para as pernas e pés, dôres essas que erão acompanhadas de edema dos membros inferiores, coincidindo isto com as influencias meteorologicas.

Mais tarde appareceu-lhe uma pequena vesicula no terço inferior da perna esquerda, acompanhada de prurido, o que deu logar a que, pelo attrito com as unhas, se rompesse a mesma vesicula, dando sahida a uma pequena quantidade de liquido; d'ahi resultou uma ferida que, com um tratamento regular, cicatrisou. A's vezes, as dôres, bem como o edema, reapparecião.

Pouco mais ou menos um anno depois, notou que na região do primeiro metatarsiano do membro affectado appareceu-lhe uma segunda vesicula em tudo semelhante á primeira, acompanhada de prurido, notando todavia que as dôres n'esta região não forão tão pronunciadas como as de outr'ora, as quaes impossibilitando a marcha já de começo, foi preciso recorrer aos cuidados de um medico.

A pequena ulceração, resultante da vesicula, foi pouco a pouco augmentando, sem que, entretanto, a privasse de suas occupações habituaes. Apezar de sempre applicar remedios que lhe erão dados ou aconselhados por diversas pessoas, esteve sempre em alternativas de melhoras ou de aggravação do estado da ferida até que augmentou muito a suppuração que já existia.

Apparecerão-lhe dôres em todos os ossos do pé, as quaes exacerbavam-se por vezes e ulcerações semelhantes á primeira ião apparecendo nos logares por onde se escoava o pús.

N'estas condições esteve até que resolveu entrar para o Hospital da Santa Casa da Misericordia, não accusando ter soffrido anteriormente alguma molestia contagiosa ou infectuosa.

Estado actual. — Examinada no dia immediato ao da entrada para o Hospital, notou-se que a doente se achava bastante depauperada. Examinado o pé esquerdo, séde de diversas soluções de continuidade, notou-se que na região correspondente ao primeiro metatarsiano, para a primeira phalange do grosso artelho, havia

uma solução de continuidade maior, de bordos irregulares, e um pouco edemaciada. D'esta solução de continuidade, que media dous a tres centimetros de comprimento, sobre um e meio a dous de largura e que parecia communicar-se por meio de trajectos fistulosos com um outro menor, situado na parte da planta do pé e ao nivel dos dous terços posteriores do primeiro metatarsiano, esescoava se um liquido sero purulento com alguns grumos em suspensão. Quando se introduzia na ferida um estylete, este penetrava de cima para baixo, de dentro para fóra e de diante para traz communicando com a da planta do pé; se o estylete era dirigido de encontro ao osso, notava-se uma certa rugosidade na superficie do mesmo, o qual em muitos pontos se deixava penetrar, tal era o seu estado de fragilidade.

Além d'estas duas soluções de continuidade, havia mais dous trajectos fistulosos, o primeiro communicando com as articulações cuneo metatarsianas (1.ª, 2.ª e 3.ª), o segundo communicando com a articulação astrogalo scaphoideana. Por estas fistulas podia-se penetrar com o estylete até uma certa extensão, porém não se experimentava aquella sensação de fragilidade e rugosidade a que nos referimos acima; sangravão com facilidade ao menor exame, tendo o sangue, que escoava-se uma côr vermelho escura. Todo o pé achava-se visivelmente augmentado de volume comparativamente com o do lado direito, experimentando a doente dôres atrozes, desde que se achava na posição vertical por muito tempo, razão porque andava mal e firmava-se pouco sobre o pé affectado. Achava-se muito nervosa, tinha pouco appetite, dormia mal, despertando muitas vezes durante a noite. Examinados os apparelhos organicos, nada encontrou-se de anormal, attribuindo-se o estado nervoso em que se achava a doente á anemia o que é frequente observar-se. A doente foi submettida a um tratamento tonico reconstituinte desde o dia da entrada até o dia 10 de Maio em que foi praticada a operação.

As ulcerações durante este tempo forão submettidas a lavagens antisepticas e curadas com iodoformio; porém não sendo possivel conseguir-se a cicatrisação não só das ulceras propriamente

como dos trajectos fistulosos, o Sr. Dr. Bulhões Ribeiro decidiu-se a praticar a amputação de Pirogoff como unico meio de cura n'aquelle caso.

No dia 10 de Maio depois de chloroformisada a doente, e feita a ischemia artificial por meio da tira elastica de Esmarch, foi praticada a operação pelo processo de secção obliqua que correu sem o menor accidente. O affrontamento das superficies osseas e do retalho foi perfeito.

Feita a sutura com fio metallico, applicou-se uma tira de sparadrapo de um metro mais ou menos de comprimento sobre tres a quatro centimetros de largura, que dirigindo-se do terço superior da face posterior da perna e passando sobre o retalho de traz para diante, vinha se feichar no terço superior da parte anterior da mesma perna, sendo, esta tira mantida por outra applicada circularmente. Em seguida fez-se um curativo mixto de Lister e iodoformio e prescreveu-se-lhe a poção seguinte para tomar ás colheres de sopa:

Hydrolato de alface..............	180 grammas.
Bromureto de potassio............	4 grammas.
Hydrolato de louro-cerejo.......	8 grammas.
Xarope de lactucario............	30 grammas.

No dia 11 a temperatura era de 38,° a doente sentiu algumas dôres, e retirado o curativo conservando-se as tiras de sparadrapo, notou-se que o estado da ferida era bom, que não havia suppuração, achando-se o apparelho ligeiramente sujo de um liquido sero sanguinolento; applicou-se depois de feita a lavagem antiseptica, novo curativo e mandou-se continuar com a mesma medicação. No dia 12 a temperatura foi de 38,°9, fez-se o curativo como no dia antecedente e não se notou suppuração.

No dia 13 a temperatura foi de 38,°5. A doente dorme bem, tem appetite. Suspendeu-se a poção acima prescripta e quanto ao curativo procedeu-se como nos dias anteriores. No dia 14 a temperatura era de 38,°4.

Ao retirar-se o curativo notou-se ligeira suppuração ao nivel

de um dos pontos de sutura, pelo que foi elle retirado e fez-se uma casa na tira de sparadrapo ao nivel dos outros pontos, pois que parecia ter sido ella, que pela compressão, determinara a suppuração. A cicatrisação marchava regularmente e os bordos da ferida achavam-se unidos. No dia 15 a temperatura foi de 38°,4. Fez o curativo, retirando-se por esta occasião os pontos de sutura e substituindo-se as tiras de sparadrapo.

No dia 18 renovou-se o curativo. A temperatura era n'este dia de 37,°5. Retirarão-se os pontos da sutura restantes e mudarão-se as tiras de sparadrapo. Do dia 18 a 22 a temperatura oscillou entre 37,°5 e 37,°6, subindo no dia 23 a 37,°8. Retirado n'este dia o apparelho, notou-se no quarto inferior da perna um pequeno fóco purulento, que, dilatado deu sahida a uma pequena quantidade de pús de boa natureza. Substituirão-se as tiras e fez-se novo curativo.

Nos dias immediatos até 27, a temperatura baixou a 37,°5 e o pequeno fóco dilatado a 23 estava cicatrisado. De 27 a 30 a temperatura era normal, as feridas estavão cicatrisadas, porém o apparelho foi conservado afim de proteger o côto até 4 de Junho em que foi retirado. Esta doente teve alta em Julho e andava com um simples sapato de sola circular appropriado á fórma do côto.

(Extrahida da these do Dr. José Francisco da Silva.)

Observação da clinica do Ex.mo Sr. Barão de Saboia.

João Capelli, italiano, de 14 annos de idade, morador á rua da Alfandega n.° 51, entrou para a 9.ª enfermaria de cirurgia a cargo do Sr. Conselheiro Saboia em 29 de Julho de 1883 e foi occupar o leito n.° 24.

Anamnese.—Referiu que no dia antecedente cahíra da plataforma de um bond do que resultou ficar com a parte anterior do pé esmagada, e depois de receber os primeiros soccorros em uma pharmacia, foi remettido para o Hospital.

Estado actual.—Toda a superficie dorsal e a maior parte

da superficie plantar do pé achão-se completamente destruidas. Um começo de mortificação se denuncia pela apparição de manchas escuras. A suppuração é abundante e notão-se alguns coagulos de sangue de mistura com o pús. Os ossos do metatarso, tarso, e dos artelhos estavão em parte esmagados.

Temperatura — normal.

Fez-se o curativo de Lister.

MARCHA. — Até o dia 6 de Setembro os tecidos mortificados se eliminárão, a cicatrização da pelle se fazia com rapidez e o estado geral do doente era bom. Attendendo-se, porém, a que pelo estado em que se achavão as partes molles e o esqueleto do pé, mesmo que se désse a cicatrização completa, o doente ficaria com um membro imprestavel para a deambulação, resolveu-se obviar este inconveniente por meio de uma amputação parcial do pé, e como o que mais garantias offerecia no caso de que se tratava era a operação de Pirogoff, foi esta a preferida.

Em 6 de Setembro, depois de chloroformisado o doente e feita a ischemia pela tira de Esmarch, praticou-se a operação de Pirogoff pelo processo de secção vertical, fez-se perfeitamente o affrontamento das superficies osseas, que ficárão mantidas com um ponto de sutura feito com catgut. O retalho completamente sufficiente foi tambem mantido com pontos de sutura com fio de prata.

Foi feito o curativo de Lister, collocado o membro em uma gotteira, convenientemente acondicionado e prescreveu-se-lhe a poção seguinte, ás colheres:

Hydrolato de tilia..................	300 grammas
Bromureto de potassio............	6 «
Chlorydrato de morphina.........	5 centigram.
Xarope de flores de larangeira..	30 grammas

Durante o dia o doente passou agitado e sentiu fortes dôres no pé; a temperatura subiu 38,°8 á tarde e o pulso a 112 pulsações. O dia 7 passou melhor, dormiu um pouco á noite. O curativo achava-se sanguinolento e foi renovado. A temperatura

conservou-se a 38,°8 e o pulso elevou-se á 114. A' tarde a temperatura elevou-se a 39° e o pulso á 120.

Continuou em uso da poção.

No dia 8 não se fez curativo, a temperatura baixou pela manhã 37°,6 e o pulso a 98 e á tarde a temperatura elevou-se á 38°,5 e o pulso a 120. Suspendeu-se a poção do dia 6 e prescreveu-se a poção tonica de Jaccoud.

No dia 9 não houve accidente algum, o facies do doente era excellente, a temperatura baixou a 37,°5 pela manhã e o pulso a 98, á tarde esteve a 37°,9 e o pulso a 100.

No dia 10 renovou-se o curativo pela manhã, havia alguma suppuração, a temperatura esteve a 37,°5 e a tarde a 38,°7.

Do dia 11 ao dia 15 não houve cousa alguma de notavel, a não ser a melhora progressiva do operado.

No dia 16 fez-se o curativo e retirou-se a sutura, havia pouca suppuração e a temperatura foi normal.

Sempre em boas condições conservou-se o doente até o dia 21, em que renovou-se o curativo e retirárão-se mais alguns pontos de sutura.

A suppuração diminuiu e a temperatura conservou-se a mesma.

No dia 26, renovou-se o curativo e retirou-se os pontos de sutura restantes. O doente continuou a passar bem até o dia 9 de Outubro em que completou-se a cicatrização e retirou-se o apparelho.

O côto apresentava-se nas melhores condições para uma boa deambulação e quando o operado teve alta a 12 de Novembro, andava bem com um simples apparelho de Roux.

(These inaugural do Dr. José Francisco da Silva.)

Osteite e carie dos ossos do tarso e metatarso do pé direito. operação de Pirogoff praticada pelo Moscoso. Cura.

Antonio Corrêa Picanço, com 18 annos de idade, brazileiro, limador, morador á rua de Maria do Amaral n.º 30.

Anamnése: Refere o doente que ha 5 annos mais ou menos apparecera no grosso artelho do pé direito uma pequena ulceração a que a principio não ligou importancia; como porém a solução de continuidade augmentasse, consultou um medico que sujeitou-o a um tratamento antiseptico. O estado do doente porém foi-se aggravando cada vez mais, o pé foi augmentando de volume até que a marcha tornou-se impossivel.

Um mez antes da operação consultou o Dr. Moscozo que examinando-o minuciosamente verificou o seguinte:

Pé extremamente augmentado de volume, doloroso, apresentando na região plantar uma solução de continuidade assaz consideravel communicando com outra situada na região dorsal e por onde sahia pús fetido e de má natureza; além d'esta existião outras menores. Introduzindo um estylete reconheceu que os ossos achavão-se rugosos e desnudados e que as articulações tarso metatarseanos achavão-se compromettidas.

Diagnostico: *Osteite e carie dos ossos do tarso e metatarso do pé direito.*

Vendo que não podia conservar o pé resolveu amputal-o; como porém o doente se achasse muito depauperado sujeitou-o primeiro a um tratamento tonico.

No dia 29 de Junho depois de préviamente chloroformisado o doente, e feita a eschemia artificial pela tira de Esmarch, o Dr. Moscozo praticou a amputação de Pirogoff pelo processo de secção obliqua sendo auxiliado pelos Drs. Arthur Silva, Alberto Figueiredo, Souza Neves e Cesario Machado. A operação correu perfeitamente sendo feita uma sutura mixta com fio metallico e de seda, applicadas duas largas tiras de sparadrapo para a perfeita adhesão dos bordos da ferida resultante da operação. Foi feito um curativo antiseptico rigoroso e collocada a perna n'uma gotteira. Foi receitada uma poção tonica.

No dia 1.º de Julho levantou-se o curativo: suppuração quasi nulla, o doente acha-se animado e em boas condições.

No dia 5 de Julho são retirados os pontos de sutura.

Os curativos continuárão a ser feitos de dous em dias até que o doente apresentou a ferida quasi cicatrisada com excepção de um ponto que continuou a suppurar.

Procurando reconhecer a causa d'esta suppuração, o Dr. Moscozo verificou a existencia de um trajecto fistuloso no fundo do qual achava-se um pedaço de fio metallico, que actuava como corpo extranho. Retirado este pedaço de fio, a parede cicatrizou completamente ficando o doente perfeitamente curado.

Quando examinei o doente 2 mezes depois da operação, encontrei-o em excellentes condições de saude, apresentando um côto muito regular e andando com auxilio de uma moleta em quanto não se fabricava uma bota especial.

Durante todo o tempo que decorreu desde o dia da operação até a cicatrisação completa da ferida resultante da operação a temperatura foi sempre normal, e o doente passou sempre perfeitamente.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

Cadeira de physica medica

DA OSMOSE E DA DYALISE

I

As acções capillares e as leis da diffusão podem servir para explicar os phenomenos osmoticos.

II

Na absorpção physiologica os phenomenos osmoticos representão um grande papel.

III

Chama-se dyalise o methodo de separação de materias por diffusão atravez de um septo gelatinoso; o apparelho empregado chama-se dyalisador.

Cadeira de chimica medica e mineralogia

DO IODO E SEUS COMPOSTOS

I

O iodo é um corpo sólido, de uma côr azulada, de um cheiro um pouco semelhante ao do chloro, pouco soluvel na agua, soluvel no alcool, no ether, benzina, sulfureto de carbono, chloroformio.

II

O iodo combinando-se com os metaes fórma diversos saes; d'entre esses os mais importantes em medicina são os ioduretos de potassio, de sodio, de ammonia, de mercurio e de ferro.

III

O iodo com o amido dá uma côr azul caracteristica; esta propriedade torna-o muito precioso para pesquizar a existencia do amido e assim reconhecer certas falsificações.

Cadeira de botanica medica e zoologia

ESTUDO CRITICO DOS SYSTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO EM BOTANICA

I

O systema de Linnêo tem por base as modificações differentes que podem apresentar os orgãos sexuaes.

II

Elle divide todos os vegetaes em 24 classes.

III

Este systema tem a vantagem de por meio d'elle fazer-se rapidamente a classificação de qualquel planta e a desvantagem de separar os generos naturalmente proximos.

Cadeira de chimica organica e biologica

PEREIRINA E SEUS SAES

I

A pereirina é tirada das cascas do páo-pereira (Geisospermum Vellosii) planta da familia das Apocynaceas.

II

A pereirina une-se facilmente aos acidos, dando saes não só neutros como acidos.

III

Dos saes de pereirina o mais empregado é o chlorhydrato.

Cadeira de anatomia descriptiva

CORAÇÃO

I

O coração é um musculo ôco, situado no mediastino anterior, entre os pulmões, repousando sobre o diaphragma por sua face anterior. É coberto por uma membrana fibro-serosa, o pericardio, e forrado por uma membrana delgada e esbranquiçada, o endocardio.

II

O coração é dividido em quatro cavidades; estas receberão o nome de ventriculos as inferiores, e auriculas as superiores; communicão entre si por orificios munidos de valvulas.

III

O sangue contido na auricula e ventriculo direitos é sangue venoso, ao passo que o sangue contido na auricula e ventriculo esquerdos é sangue arterial.

Cadeira de histologia theorica e pratica

DA CELLULOGENESIS

I

Diversos são os processos de genesis cellular.

II

Um dos meios de multiplicação cellular é a scisão.

III

Um modo muito especial de proliferação cellular é o seguinte: O protoplasma de uma cellula se transforma em elementos novos que apresentão um caracter completamente diverso da cellula que lhes deu origem.

Cadeira de pathologia geral

DA FEBRE

I

Diversas têm sido as definições que se tem dado da febre.

II

A febre póde revestir diversos typos, entre os quaes, os mais communs, são: o intermittente, o remittente e o continuo.

III

Em certas molestias a febre constitue por si só elemento valiosissimo para o diagnostico.

Cadeira de physiologia theorica e experimental

DOS NERVOS TROPHICOS

I

Segundo alguns physiologistas ha nervos especiaes que presidem aos phenomenos de nutrição, actuando directamente sobre os elementos anatomicos; derão a estes nervos o nome de nervos trophicos.

II

A questão dos nervos trophicos é ainda mui obscura.

III

Segundo Goltz os centros nervosos exercem uma influencia directa sobre a absorpção; é mais provavel que se trate de uma influencia vaso-motora.

Cadeira de anatomia e physiologia pathologicas

DAS ATROPHIAS MUSCULARES

I

A suspensão da influencia trophica da cellula multipolar dos cornos anteriores da medulla é a causa das atrophias musculares myelopathicas.

II

Na hysteria, sem lesão apparente das cellulas multipolares dos cornos anteriores da medulla, se dá atrophia muscular; a causa é uma perturbação no dynamismo das mesmas cellulas.

III

As myopathias atrophicas primitivas constituem um grupo bem definido de atrophias musculares.

Cadeira de pathologia medica

FEBRE AMARELLA

I

Sobre a causa productora da febre amarella ha diversas opiniões; entretanto os estudos do Dr. Domingos Freire tendem a provar que ella é devida á introducção no organismo de um microbio por elle denominado *cryptococcus xantogenicus.*

II

A febre amarella em sua fórma typica apresenta tres periodos.

III

De todos os phenomenos observados na febre amarella a anuria é o mais grave, prolongando-se além de certo tempo póde-se fazer um prognostico fatal.

Cadeira de pathologia cirurgica

FERIMENTOS POR ARMA DE FOGO

I

Diversas são as theorias emittidas sobre os caracteres differenciaes dos orificios de entrada e sahida das balas.

II

Uma ferida por arma de fogo passa por tres periodos; um periodo de estupor, um periodo de inflammação e um periodo de volta ao estado normal.

III

No caso de intervenção cirurgica, segundo a opinião mais aceita, a operação deve ser praticada entre o primeiro e o segundo periodos.

Cadeira de materia medica e therapeutica, especialmente brazileira

PAPAINA, SUA ACÇÃO PHYSIOLOGICA E THERAPEUTICA

I

A papaina é extrahida do mamoeiro, scientificamente conhecido pelo nome de *carica papaya*.

II

A papaina tem uma acção digestiva sobre as materias azotadas.

III

Como tal é um succedaneo da pepsina no tratamento de certas dyspepsias.

Cadeira de pharmacologia e arte de formular

ESTUDO CHIMICO PHARMACOLOGICO DAS CUCURBITACEAS MEDICINAES

I

As cucurbitaceas constituem uma familia muito preciosa em medicina.

II

De grande numero de suas especies são extrahidos purgativos drasticos, entre elles são os mais usados: o elaterio, a cayaponina, a bryonia, a coloquintida, etc.

III

No tratamento das hydropisias constituem importante recurso therapeutico.

Cadeira de anatomia cirurgica, medicina operatoria e apparelhos

TALHA HYPOGASTRICA

I

Dá-se o nome de talha hypogastrica á operação que tem por fim extrahir um calculo vesical atravez de uma incisão feita na parede abdominal da região hypogastrica.

II

Um dos maiores cuidados que se deve ter na pratica d'essa operação é de não lesar o peritoneo.

III

Nos casos de calculos muito consideraveis deve ser preferida á talha perineal.

Cadeira de obstetricia

ECLAMPSIA

I

A eclampsia é uma molestia convulsiva que póde apparecer antes, durante e depois do parto.

II

Pelo exame dos factos clinicos ficou demonstrado que ha uma relação intima entre a eclampsia e a albuminuria.

III

No tratamento dos accessos, o chloroformio racionalmente applicado presta relevantes serviços.

Cadeira de medicina legal e toxicologia

DO ENVENENAMENTO PELO COBRE

I

Uma grande parte dos envenenamentos que correm por conta do cobre podem ser attribuidos ao chumbo e ao arsenico.

II

O cobre metallico não é venenoso por si mesmo.

III

Dos antidotos do cobre a albumina parece ser a melhor.

Cadeira de hygiene e historia da medicina

ESTUDO HISTORICO DA FEBRE AMARELLA NO BRAZIL

I

A febre amarella appareceu pela primeira vez no Brazil em 1686, na cidade de Pernambuco.

II

De todas as provincias a que tem sido mais atacada é a do Rio de Janeiro.

III

Actualmente póde-se dizer que a febre amarella é endemica no Rio de Janeiro.

1.ª Cadeira de clinica cirurgica de adultos

DA ISCHEMIA CIRURGICA E SUA INFLUENCIA SOBRE O RESULTADO DAS OPERAÇÕES CIRURGICAS

I

Dá-se o nome de ischemia cirurgica ao conjuncto de processos tendentes a impedir o corrimento de sangue durante as operações.

II

Para obter este resultado a tira de Esmarch tem incontestavel vantagem.

III

A ischemia cirurgica, permittindo ao cirurgião operar com calma sem ser embaraçado pelo corrimento sanguineo, muito contribue para o bom exito das operações.

2.ª Cadeira de clinica cirurgica de adultos

ESTUDO CLINICO DOS ABCESSOS FRIOS

I

No estado actual da sciencia o abcesso frio deve ser considerado como de origem tuberculosa.

II

Por isso, logo que se reconheça a existencia do abcesso frio, é conveniente abril-o e procurar extipar a membrana envolvente

III

Para conseguir este resultado o melhor processo consiste em abrir o abcesso, retirar o liquido contido, injectar parafina derretida e logo que se solidifique dissecar a membrana como se se tratasse de um tumor.

1.ª Cadeira de clinica medica de adultos

DAS CONDIÇÕES PATHOGENICAS, DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DA PNEUMONIA

I

O resfriamento representa um papel importante como causa pathogenica da pneumonia.

II

O calafrio inicial, unico, intenso e prolongado tem um grande valor para o diagnostico da pneumonia.

III

Nos casos em que a pneumonia ataca individuos velhos e cacheticos, ou quando apparece no curso de molestias infectuosas, a medicação alcoolica tem plena indicacão.

2.ª Cadeira de clinica medica de adultos

ESTUDO CLINICO DAS ENDOCARDITES ULCEROSAS

I

Dá-se o nome de endocardite ulcerosa a uma endocardite que desde o principio toma os caracteres dos estados typhoides e das molestias septicas, terminando-se quasi sempre pela morte.

II

Sobre a natureza d'esta molestia as opiniões divergem.

III

Em diversos casos, alguns clinicos encontrárão pela autopsia bacterias de fórma espherica ou de bastonetes, que, segundo elles são a causa da molestia.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Vita brevis, ars longa, occasio prœceps, experimentum fallax, judicium difficile.

(Sec. I, Aph. 1).

II

Ad extremos morbos extrema remedia exquisite optima.

(Sec. V, Aph. 31).

III

Convultio quæ in vulnus incidit lethalis.

(Sec. V, Aph. 2).

IV

Ex osse ægrante caro livida malum.

(Sec. VII, Aph. 2).

V

Persecutum os aut cartilago, aut nervus, aut prepucium neque coalescit.

(Sec. VI, Apb. 19).

VI

Quæ medicamenta non sanat ea ferrum sanat, quæ ferrum non sanat ea ignis sanat; quæ vero ignis non sanat, ea insanabilia existimare opportet.

(Sec. VIII, Aph. 6).

Esta these está conforme os Estatutos.

Faculdade de Medicina, 8 de Setembro de 1887.

Dr. José Maria Teixeira.
Dr. Domingos de Góes e Vasconcellos.
Dr. Bernardo Alves Pereira.